

Moniammatillisen verkoston hyödyntäminen potilastyössä sairaanhoitajan vastaanotolla avosairaanhoidossa

Jaana Jokinen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2015

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Jokinen, Jaana	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 22.2.2015
	Sivumäärä 41	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Moniammatillisen verkoston hyödyntäminen potilastyössä sairaanhoitajan vastaanotolla avosairaanhoidossa		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Pirjo Tiikkainen		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän yhteistoiminta-alueen sopimuskunnat (Jyte)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Sosiaali- ja terveysalan asiakkaiden ongelmat ovat tänä päivänä moninaisia. Ongelmien ratkaisuun tarvitaan useita ammattilaisia eri sosiaali- ja terveysalan ammattiryhmistä. Asiakkaat ja heidän läheisensä haluavat vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin. Tiedon ja osaamisen vaatimusten lisääntyessä kukaan sosiaali- ja terveysalan ammattilainen ei pysty yksin enää hallitsemaan koko kokonaisuutta.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata laadullisella tutkimuksella ja focus ryhmähaastattelun avulla moniammatillisuuden toteutumista ja sen hyödyntämistä terveyskeskuksen päivittäisessä vastaanottotoiminnassa henkilöstön kokemana. Focus ryhmähaastattelu toteutettiin yhdellä terveysasemalla Jyväskylässä. Saatujen tulosten pohjalta voidaan edelleen kehittää moniammatillista yhteistyötä ja parantaa saadun tiedon avulla terveyskeskuksen palveluprosessia.</p> <p>Moniammatillista hoitoa tarvitsevan asiakkaan tunnistamisessa tärkeimmäksi ammattilaisten työvälineeksi osoittautuivat erilaiset haastattelut. Ohjaus moniammatillisen työryhmän hoitoon tapahtui lähinnä sisäisellä viestinnällä ja uuden potilasajan varaamisella toiselle ammattilaiselle. Työnantajan haasteeksi muodostui resurssien uudelleen järjestäminen: kiireettömät potilasajat jäivät tutkimuksen mukaan akuuttipotilaiden aikojen jalkoihin. Focus ryhmäkeskustelun tulosten mukaan moniammatillisuuden kehittämisessä koko organisaation (sekä työnantajan että työntekijöiden) tavoitteena tulisi olla asennemuutos: akuutin terveydenhuollon rinnalle pitäisi yhtä tärkeänä osa-alueena nostaa terveyden edistäminen. Johtopäätöksenä opinnäytetyön tuloksista voidaan todeta, että moniammatillinen yhteistyö ja vuorovaikutus toteutuvat terveysasemalla tällä hetkellä rinnakkain työskentelynä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) moniammatillisuus, yhteistyö, vuorovaikutus, perusterveydenhuolto, hoitosuunnitelma		
Muut tiedot		



Author(s) Jokinen, Jaana	Type of publication Bachelor's thesis	Date 22.2.2015
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 41	Permission for web publication: x
Title of publication Utilization of a multi-professional network in patient work at the nurses' office in outpatient health care		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) Tiikkainen, Pirjo		
Assigned by Jyväskylän yhteistoiminta-alueen sopimuskunnat (JYTE)		
<p>Abstract</p> <p>Health and social care clients have a great variety of problems today. Solving these problems requires the involvement of several employees from different groups of social and healthcare professionals. The clients and their families want to have an impact on the solutions related to their situation. When the knowledge and competence requirements are increasing, a single social and health care professional is not able to deal with the entire situation alone.</p> <p>The purpose of this thesis was to describe the implementation of multidisciplinary work with qualitative research and a focus-group interview. Moreover, the purpose was to examine how multidisciplinary work was used and experienced by health care staff at the front desk. The focus-group interview was held in Central Finland in Jyväskylä, in one of the city's health care centers. Based on the results, multi-professional co-operation can be further developed and the health service process improved.</p> <p>In the identification of a client in need of multidisciplinary care, different kinds of interviews were deemed as the most important professional tools. The referral to the care of a multi-professional workgroup was mainly handled by means of internal communication and by making a new appointment for the patient with another professional. Rearranging the resources became the employer's challenge because, according to this study, the non-urgent appointments tended to be overlooked because of the great number of urgent cases. According to the results of the focus-group discussion, the whole organization needs to change its attitude: health promotion should be seen just as important as acute care. As a conclusion of this thesis, it can be stated that in this health care center multidisciplinary cooperation and interaction were implemented by working side by side.</p>		
Keywords/tags (subjects) multi-professionalism, multidisciplinary care team, primary health care, treatment path, interaction		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 Johdanto	6
2 Terveystyömalli perusterveydenhuollossa	7
3 Moniammatillisuus	9
3.1 Mistä moniammatillisuus koostuu?	10
3.2 Moniammatillisuuden hyödyt ja haasteet	13
3.3 Moniammatillisuutta sitovia säädöksiä ja moniammatillisuuden tulevaisuus	15
4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	17
4.1 Opinnäytetyön toteuttaminen	17
4.2 Focusryhmähaastattelu	18
4.3 Opinnäytetyön haastatteluosuuden toteutus	19
4.4 Aineiston analysointi	20
5 Focusryhmähaastattelun tuloksia	21
5.1 Moniammatillista hoitoa tarvitsevan asiakkaan tunnistaminen	22
5.2 Asiakkaan ohjaus moniammatillisen tiimin hoitoon	25
5.3 Moniammatillisen tiimin hoidon järjestäminen asiakkaan hoitopolussa	28
6 Pohdinta	33
6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	36
6.2 Jatkotutkimusehdotukset	37
LÄHTEET	38

KUVIOT

Kuvio 1. Pitkääikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM). THL 2012.....	8
Kuvio 2. Moniammatillinen yhteistyö ja vuorovaikutus. Kontio 2010.	12
Kuvio 3. Moniammatillisen asiakkaan tunnistaminen.....	23
Kuvio 4. Asiakkaan ohjaus moniammatillisen tiimin hoitoon.	26
Kuvio 5. Moniammatillisen tiimin hoidon järjestäminen asiakkaan hoitopolussa.	29

TAULUKOT

Taulukko 1. Moniammatillisen asiakkaan tunnistamiskeinot	25
Taulukko 2. Ohjaus moniammatillisen tiimin hoitoon	27
Taulukko 3. Asiakkaan hoidon järjestäminen moniammatillisesti.	31

1 Johdanto

Yhdenvertaisten, asiakaslähtöisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen on asetettu tulevan Sote-uudistuksen tavoitteiksi koko Suomessa. Tähän tavoitteeseen pyritään peruspalveluiden vahvistamisen ja sujuvien palvelu- ja hoitoketjujen luomisella – näillä toimenpiteillä uudistusten toteuttamien uskotaan tapahtuvan vaikuttavasti ja tehokkaasti. (Sote-uudistus 2014.) Terveystenhuoltolaki vaatii kuntaa ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymää huolehtimaan vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti (L 30.12.2010/1326, 10§). Terveystenhuoltolaissa on määritelty sairaanhoitoon kuuluvaksi mm. ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa, sekä erityistä tukea, tutkimusta ja hoitoa tarvitsevien potilaiden terveysongelmien varhainen tunnistaminen. Tämä hoito ja jatkohoitoon ohjaaminen on toteutettava tarkoituksenmukaisella tavalla ja yhteistyöllä. (L 30.12.2010/1326, 24§).

Terveystenhuollon sekä tämän hetken että tulevaisuuden haasteisiin kuuluu yhteistyö ja päätöksenteko moniammatillisessa työryhmissä. Läpinäkyvämpi, ammattilaisten ja asiakkaiden kannalta parempi hoito- ja päätöksenteko katsotaan tänä päivänä saatavan käyttöön eri ammattikuntien yhteistyön avulla. (Nikander, 2003.) Terveystenhuoltolain 4§:n mukaan kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalveluiden perusteena olevaan terveyden- ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveystenhuollon palveluihin – toimintayksikössä on oltava moniammatillista asiantuntemusta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä (L 30.12.2010/1326, 4§).

Jyväskylässä Huhtasuon terveysasemalla on ollut käynnissä HuHa-projekti vuosina 2012 – 2014. Projektissa muokattiin sairaanhoitajan työnkuvaa sekä sitä laajentamalla että kehittämällä. Yhtenä sysäyksenä projektiin oli terveysasemalla toimivien lääkärin huono saatavuus. Tässä opinnäytetyössä keskitytään yhteen HuHa-projektissa esillä olleeseen osa-alueeseen, moniammatillisuuteen. Huhtasuolla oli projektin aikana tarjolla hyvät yhteistyömahdollisuudet asiakkaisiin, sairaanhoitajan ja muiden terveys- ja sosiaali-alan ammattilais-

ten kanssa. Moniammatillisessa työryhmässä olivat mukana lääkärit, sairaanhoitajat, depressiohoitaja, psykologi, sosiaalihoitaja, päihdehoitaja ja fysioterapeutti.

2 Terveyshyötymalli perusterveydenhuollossa

Globalisoituminen, julkisen sektorin roolin muutos, teknologian kehitys, syrjäytymisen lisääntyminen sekä väestön ikääntyminen vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalveluiden muutostarpeeseen myös Suomessa. Tästä johtuen myös sosiaali- ja terveyshuollon työn ja siellä tehtävän työn kehittäminen vaatii uudeleen organisointia ja uusien työtapojen kehittämistä. Yksittäiseltä työntekijältä vaaditaan laaja-alaisen osaamisen lisäksi oman alansa syvää osaamista ja asiantuntijuutta. Organisaatiossa osaaminen koostuu kuitenkin sen yhteisestä osaamispääomasta, ei vain yksittäisen työntekijän osaamisesta. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 9.)

Terveyshyötymalli on perustettu amerikkalaisen Edward H. Wagnerin ja hänen kumppaneidensa Chronic care modeliin (CCM). Mallin kehittämisen pohjana olivat havainnot perusterveydenhuollon vaikeuksista vastata kroonisten sairauksien lisääntymiseen ja niiden mukana tuomiin haasteeseen. Noin puolella pitkäaikaissairaista katsotaan olevan sairauksia/tiloja, jotka asettavat terveydenhuoltojärjestelmälle erityishaasteen. (Terveyshyötymalli 2014.) Terveyshyötymallissa on kyse systeemitason ja kulttuurin muutoksesta potilaslähtöisempään ja suunnitelmalliseen toimintatapaan. Se edellyttää laajoja toimintatavan muutoksia sekä pitkäjänteisyyttä. (Oksman, Sisso & Kuronen 2014, 4.)

Terveyshyötymalli tarjoaa viitekehyksen ja kehittämisen ajatuksen hoidon hallitulle järjestämiselle. Se myös parantaa hoidon vaikuttavuutta. Terveyshyötymalli tuo laajan ja näyttöön perustuvan näkökulman perusterveydenhuollon kehittämiseen. Malli on kansainvälinen, ja se tuo viitekehyksen pitkäaikaisten tilojen ja tautien hoidon kehittämiseen. (Terveyshyötymalli 2014.)

Terveyshyötymalli koostuu kuudesta elementistä, joista keskeisimmät ovat omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksentuki ja kliiniset tietojärjestelmät (Innokylä).



Kuvio 1. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM). THL 2012.

Sosiaali- ja terveysalan asiakkaiden ongelmat ovat tänä päivänä hyvin moninaisia, yhden tieteen viitekehys/osaamisalueen hallinta ei riitä niiden ratkaisuun. Myös asiakkaat ja heidän läheisensä haluavat ja osaavat vaikuttaa itseänsä koskeviin ratkaisuihin. Kukaan asiantuntija ei enää yksin voi hallita koko kokonaisuutta tiedon ja osaamisen vaatimuksien lisääntyessä. (Isoherranen 2012, 10.)

Terveyshyötymallin mukaista palveluvalikoimaa THL on määritellyt sisältämään hoitotiimin roolin ja työnjaon määrittelynä (eri ammattilaisten osaamisen hyödyntäminen), potilaiden ja hoitotiimin välille suunnitelluiden interaktioiden ("kahden tai useamman samanaikaisesti vaikuttavan tekijän vaikutus, joka poikkeaa samojen tekijöiden erillisten vaikutusten summasta" lähde Duodecim Terveyskirjastomääritelmä), asiakasvastaavien (case management) järjestä-

minen korkean riskin potilaille, säännöllisen seurannan varmistaminen sekä hoidon ja hoivan turvaaminen, jota potilas ymmärtää ja joka sopii hänen kulttuuriinsa. (Muurinen & Mäntyranta 2008, 4–5.)

Pitäytyminen koulukuntien ja ammattiryhmien rajojen sisäisissä asetelmissa on vanhahtavaa. Tänä päivänä kysytään miten terveydenhuollon palvelujärjestelmään tulevalle asiakkaalle voidaan tarjota tutkimusten ja hoitovaihtoehtojen kenttä. Kenttä, jonka toimijat eivät kilpaile keskenään ammatillisesta tärkeystä; kenttä, jolla ammattilaiset puhuvat samaa kieltä ja tuntevat terveydenhuoltojärjestelmän eri tasot ja niiden mahdollisuudet. (Lehtonen 2011.) Tilanteen asiakaslähtöiseksi kokoamisen ratkaisuksi nähdään tällöin moniammatillinen yhteistyö, jonka avulla eri toimijoiden tieto ja osaaminen kootaan yhteen sekä muodostetaan yhteinen tavoite (Isoherranen 2012, 10).

3 Moniammatillisuus

Moniammatillisen toiminnan keskiössä pitäisi olla asiakas – tiimien ja niiden yhteistyön tulisi jatkossa organisoida asiakaslähtöiseen ja kokonaisvaltaiseen työskentelyyn joka yhdistää kaikkien tiedon sekä osaamisen (Isoherranen 2012, 10). Moniammatillinen ryhmä työskentelee tällöin yhteistyökykyisessä käytännön prosessissa yksittäisten yksilöiden (eritaustaisessa) ryhmässä. Ryhmässä voi olla mukana esim. sairaanhoitajia, psykologeja, lääkäreitä, toimintaterapeutteja, psykiatreja, kotisairaanhoitajia ja sosiaalityöntekijöitä ja muita henkilöitä jotka jakavat samanlaiset tavalliset tavoitteet. (Nodoro 2014.)

Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden visiossa 2011 nähdään että tulevaisuudessa palvelujärjestelmä- ja prosessit ovat asiakaslähtöisiä ja tehokkaita ja että henkilöstörakenne ja työnjako eri ammattiryhmien välillä uudistuvat. Tällöin ennalta-ehkäisevää, avopalvelupainotteista ja raja-aitoja kaatavaa toimintaa lisätään – työtä tehdään yhä enemmän moniammatillisesti ja verkostoissa. Tulevaisuudessa asiakkaita palvellaan yhteistyössä kumppaneiden ja verkostojen kanssa, ja moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen tarpeet kasvavat edelleen. Tärkeää on tällöin sopia eri osapuolten roolit verkostossa selkeiksi esim. kuvaamalla kumppanuusprosessit. Näin vastattaisiin osittain pal-

veluiden kysynnän kasvuun ja tällöin asiakkaan tarve määrittelee palvelukonaisuuden. (Vesterinen 2011, 29–32.) Parempaan hoito- ja päätöksentekotyöhön uskotaan päästävän eri ammattikuntien kuuluvien työntekijöiden yhteistyön kautta: sen uskotaan takaavan tasapuolisuuden ja läpinäkyvyyden (Nikander 2003, 279).

Isoherrasen (2012, 21–22) julkaistussa väitöskirjassa moniammatillisuutta on määritelty monesta eri lähteestä. Isoherranen (mts.) määrittelee moniammatillisuuden Dinkan ja Clarkin (2006) mukaan:

”Moniammatillinen tiimi kokoaa yhteen ryhmän ihmisiä, joilla on erilainen koulutus ja tausta ja jotka työskentelevät yhdessä tietyssä yksikössä tai systeemissä. Tiimin jäsenet työskentelevät kiinteästi yhdessä ratkaistakseen potilaan ongelmia, jotka ovat liian vaikeita ratkaista vain yhden tieteen näkökulmasta tai vain erillisesti työskennellen. Tuottaakseen hoitoa mahdollisimman tehokkaasti tiimit luovat muodolliset ja epämuodolliset rakenteet, jotka mahdollistavat ongelmien ratkaisun. Tiimin jäsenet määrittelevät yhteiset tavoitteet ja työskentelevät keskinäisessä riippuvuudessa. He oppivat hyväksymään ja hyödyntämään tieteiden välisiä eroja, eroja vallassa ja roolien päällekkäisyyksiä. He hyödyntävät erilaisuuksia ja vastakkainasetteluja yhteistyössään. Päästäkseen tähän he jakavat johtajuutta tiimissä, joka vaihtelee käsiteltävän ongelman mukaan. Tiimin työtä arvioidaan ja kehitetään jatkuvasti yhdessä.” (Isoherranen 2012, 21–22.)

3.1 Mistä moniammatillisuus koostuu?

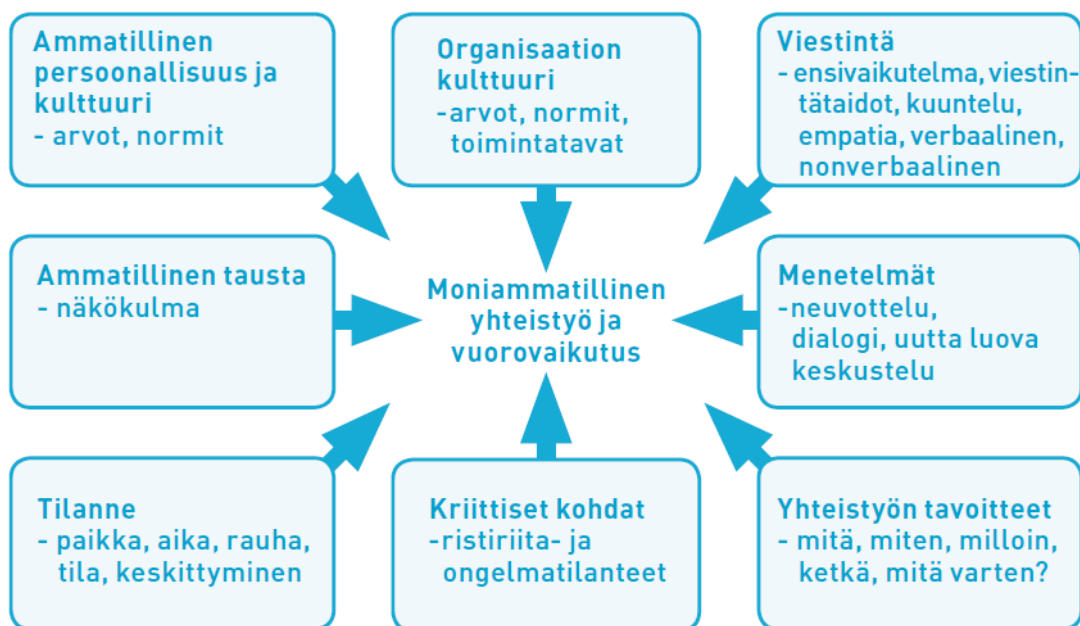
Collinin ja kumppaneiden (2012, 31–32) mukaan moniammatillinen yhteistyö on kiinteää ja yhteisöllistä työskentelyä; terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät yhteisöllisesti kehittämällä yhteisöllisiä työprosesseja. Moniammatillinen yhteistyö pitäisi erottaa ammattiryhmien rinnakkain työskentelystä – rinnakkain työskentelyssä koordinoitaan yhteistyötä ja jaetaan informaatiota eri ammattiryhmien välillä. Lähikäsitteenä moniammatillisuudelle pidetään myös verkosto-osaamista (korostetaan verkostossa toimimista ja vuorovaikutusta). (Katisko, Kolkka & Vuokila-Olkkonen 2014, 10.) Collinin mukaan moniammatil-

linen yhteistyö näyttäisi toteutuvan terveydenhuollossa vaihtelevasti (Collin, Valleala, Herranen, Palola & Pyhälä-Liljeström 2012, 31–32).

Asiantuntijuuden katsotaan yhä enenemässä määrin tulevan näkyviin ja kehittyvän erilaisen osaamisen vuorovaikutuksen seurauksena. Terveydenhuollon asiantuntijuuden kehittämisessä kokonaisvaltaisuus on ollut kehittämissuunnitelmien iskulause: ”kokonaisvaltaisempi työote”. Tämän päivän pyrkimys on kohti moniammatillisuutta ja monitieteisyyttä, jolloin erilaista asiantuntemusta yhdistetään ja asiantuntijuutta kehitetään toisiinsa yhdistyneinä. Kokonaisvaltaisuuden tavoin moniammatillisuus ja monitieteisyys voivat jäädä vain erilaisten kehittämissuunnitelmien iskulauseeksi. (Launis 1997, 123–134.)

Moniammatillisuus tulkitaan helposti tiimin toiminnaksi; tiimimäisyys on kuitenkin vain mahdollisuus moniammatillisen osaamisen kehittämisessä. Kun sitoudutaan yhteistyöhön, se tarkoittaa myös sitoutumista oppimiskumppanuuteen, kehittävään vuorovaikutukseen ja oppimisprosessiin. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää oman ammattialan osaamista, vuorovaikutustaitoja, sitoutumista, joustavuutta, koordinointia ja johtajuutta. Yhteisen vastuun oivaltaminen ja resurssien jakaminen kuuluu myös moniammatilliseen ja – alaiseen yhteistyöhön. (Katisko ym. 2014, 12–13.) Moniammatillisuuden myötä lisääntynyt yhteistyö vaatii koko toimintakulttuurin muutosta (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 32.)

Kuvio 2 selventää moniammatillista yhteistyötä ja vuorovaikutusta. Kuvio on mukailtu Honkalan ja Suomalaisen 2009, 45 lähteen mukaan.



Kuvio 2. Moniammatillinen yhteistyö ja vuorovaikutus. Kontio 2010.

Moniammatillisuuden lähtökohtia ovat ympäristöstä riippumatta asiakaslähtöisyys, tiedon kokoamisen mahdollisuus, vuorovaikutustaidot, roolien muutokset ja yhteydet verkostoihin (Isoherranen 2008, 14–15). Se edellyttää eri ammattilaisten halua yhdessä työskentelyyn, halua oppia yhdessä ja koordinoida toimintaa yhdessä. Se edellyttää myös institutionalisointia, eli sitä että sekä yhteistyössä toimijat että heidän taustaorganisationsa pitävät moniammatillista yhteistyötä tärkeänä – se edellyttää tavoitteellisuutta, aikaa, tilaa, ja moniammatillista yhteistyötä tukevaa sekä sen hyväksyvää ja vakiinnuttavaa toimintarakennetta. (Niiranen 2014, 1.)

katsoa, että hoitoon pääsy ja yhteyden saanti hoitohenkilökuntaan on joustavaa ja koko hoitokokonaisuus tarkoituksenmukaisempi, asiantuntevampi ja monipuolisempi (Pennanen 2007, 198).

Moniammatillisuudesta, tiimityöstä ja tehokkuudesta, sen käytännön toimivuudesta hoitotyössä tiedetään yhä edelleen vähän. Moniammatillisuudesta työvälineenä on vain vähän perusteellista tutkimustietoa. Termiä saatetaan käyttää myös taikasanana, joka itsestään ratkaisee organisaation ongelmat. (Nikander 2003, 280.)

Moniammatillisuuden yhtenä suurena haittana mainitaan päätöksenteon hitaus. Muita moniammatillisuuden kohtaamia ristiriitoja ovat epätäydelliset tiedot, luottamuksen puute, epäselvät päätökset, roolien ja vastuun epäselvyys, ristiriitaiset tavoitteet, riittämättömät toimintasuunnitelmat, epävakaa johtajuus, kahden tai useamman ”johtajan” ohjeet, kykenemättömyys muutoksen hyväksymiseen, johtamisen puute, rajoittunut osallistuminen päätöksen tekoon ja vallan käyttöön. (Ndoro 2014, 727)

Moniammatillisuudessa haasteina on edelleen eri ammattilaisten yhteinen ymmärrys asioista, tiedonkulku sekä hoidon tavoitteiden saaminen samansuuntaiseksi. Haittatapahtumia saattaa syntyä epäselvistä määräyksistä ja vääristä tulkinnoista – tästä syystä kirjallisen tiedonvälityksen ja potilas- ja asiakirjamerkintöjen merkitys on erittäin suuri. Yhteistyössä korostuu myös se, että tiedon vastaanottaja on velvollinen varmistumaan siitä että on ymmärtänyt asian oikein. (Pennanen 2007, 194–198.)

Myös työnantajalla on moniammatillisen yhteistyön toiminnassa oma vastuuksa: työnantaja määrittelee tehtävät, työntekijä suorittaa ne koulutuksensa ja kokemuksensa mukaisesti. Työnantaja vastaa työnjaosta sekä työntekijän ammattitaitovaatimusten täyttymisestä – työntekijä on taas velvollinen ilmoittamaan työnantajalle, jollei hän kykene suorittamaan saamaansa tehtävää, jolloin työnantaja on velvollinen huolehtimaan lisäkoulutuksista. Suoritetun lisäkoulutuksen ja siitä annettavan näytön jälkeen työnantaja voi antaa kyseisen tehtävän työntekijälle; jonka jälkeen työntekijä vastaa jälleen työtehtävän suorituksesta. (Pennanen 2007, 194–198.)

Moniammatillinen työotteen ja monitieteisen tietämyksen kaikkia taustatekijöitä ei ole tutkittu tai tiedostettu. Moniammatillisuudessa ajalla ja asiantuntevuksella on suurempi käyttö kuin yhden työntekijän yhdestä näkökulmasta. tällöin tilanteessa jossa ”aika on rahaa”, moniammatillisuutta vieroksutaan. (Vilkkumaa, 2010.)

3.3 Moniammatillisuutta sitovia säädöksiä ja moniammatillisuuden tulevaisuus

Terveystieteidenhuollossa kaikki toiminta on lujasti sidottuna lakeihin ja säädöksiin, jotka koskevat sekä potilasta että palvelua tuottavaa alan ammattilaista. Jotta toiminta olisi hoitotilanteessa potilaalle turvallista, ennakoitavaa ja läpinäkyvää, toiminnalla on oltava selkeät raamit. Raamit tuovat myös ammattilaisille mahdollisuuden toimia yhdessä: oikeusturvan pitää toteutua kaikille osapuolille. (Pennanen 2007, 194.)

Ammattihenkilölaki, potilaslaki, salassapitovelvoite: vaatimus potilaan suostumuksesta tietojen luovutukseen asettavat kaikki selkeät rajoitukset konsultoinnille, keskusteluille ja työryhmäkäsittelyille. Yleinen taso mahdollistuu ilman potilaan identifiointia. Moniammatillisessa työryhmässä tarvitaan potilaan asian käsittelyyn ja eri asiantuntijoiden konsultointiin potilaan suostumus. Suostumusta antaessa potilaan pitää olla tietoinen käsiteltävästä asiasta ja käsittelyn tavoitteista. Tämäkin suostumus oikeuttaa konsultointiin tai työryhmiin osallistujia tiedon saantiin ja käsittelyyn vain siltä osin kun se potilaan asian käsittelyssä on välttämätöntä. Työryhmän jäsenet on pystyttävä identifioimaan potilaan potilasasiakirjoista ja konsultoinneista: näistä on löydettävä merkinnot. Moniammatillisen yhteistyön on tapahduttava avoimesti. (Pennanen 2007, 194–197.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaideologiaa kirjaavissa teksteissä moniammatillinen yhteistyö asetetaan toiminnan ideaalimuodoksi, jonka katsotaan tuovan lisäarvoa organisaation toiminnan tiedonkulkuun, päätöksente-

koon sekä toiminnan rationalisointiin (Nikander 2003, 279). Suomessa on kymmenien vuosien perinne sektorikohtaisella johtamisella ja vahvalla ammatti-identiteetillä, se on tärkeä suomalaisen hyvinvointijärjestelmän perusta. Monialaisuuden ja moniammatillisuuden pitäisi siis haastaa järjestelmää uudella tavalla kohtaamaan palvelujen käyttäjän tarpeet ja toisten ammattilaisten osaamisen. Muutoksessa on kysymys uudesta ammatti-identiteetistä ja yhteisistä tavoista. (Niiranen, Joensuu, Lammintakanen & Kerkkänen (toim.) 2014, 84–85.)

Suomalaisessa terveydenhuollossa ei täydennyskoulutuksen ja laadun kehittämisen liittäminen toisiinsa ole kovin tavallista; saadun opin soveltaminen käytännön toimintaan on ollut vaihtelevaa. Hierarkinen ajattelu vaikuttaa terveydenhuollossa yhä edelleen ja aito moniammatillinen tiimi- ja kehittämistyö vaatii opettelua. (Torppa 2006.)

Tulevien vuosien aikana pyritään vahvistamaan ja kehittämään perusterveydenhuoltoa Toimiva terveyskeskus – toimenpideohjelman mukaan. Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta käynnistetyllä ohjelmalla tuetaan kunnissa tapahtuvaa perusterveydenhuoltoa kolmella prioriteetilla:

- terveyskeskukset panostavat terveyshyödyn tuottamiseen (Chronic Care Model), terveyshyötymallin kansalliseen käyttöönottoon, jossa keskittyy terveyskeskuksen suurimpiin asiakasryhmiin, parannetaan hoidon saatavuutta ja laatua sekä pyritään hillitsemään kustannusten kasvua
- asiakas on hoidon keskiössä – tärkeää asiakaskeskeiset palvelukokonaisuudet ja tarpeenmukainen hoidon saatavuuden parantaminen. Pyritään korostamaan asiakkaan valinnanvapautta ja edistetään asiakkaan vapaata hakeutumisoikeutta palveluihin, kuitenkin myös kansalaisten toimintaedellytyksiä sekä mahdollisuuksia omatoimisuuteen sekä hoitoon osallistumiseen parannetaan

- henkilöstön saatavuutta, pysyvyyttä ja työhyvinvointia varmistetaan eriluonteisilla toimenpiteillä. Ohjelmassa tuetaan terveyskeskusten ammattihenkilöiden työn ja yhteistyön kehittämistä, sekä mallien käyttöönottoa erityisesti moniammatillisessa yhteistyössä. (Muurinen & Mäntyranta, 4)

Terveyshyötymallin käyttöönottoon terveyskeskuksissa liittyy moniammatillinen yhteistyö: se vaatii ammatillisen henkilöstön kehittämistä ja erilaisten toimintamallien käyttöönottoa. Periaatteena nähdään siirtyminen hajautetusta sairauskeskeisestä hoidosta kokonaisvaltaiseen, suunnitelmalliseen hoitoon: yhtenä mahdollisuutena on kehitetty monisairaiden ja/tai paljon palveluita tarvitsevien/käyttävien hoidon toteutuksesta vastaavan ja hoitoa koordinoivan asiakasvastaavan (case manager) tehtävä. (Muurinen & Mäntyranta, 5-8.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata laadullisella tutkimuksella ja Focus-haastattelulla moniammatillisuuden toteutumista ja sen hyödyntämistä terveyskeskuksen vastaanotossa hoitohenkilöstön kokemana. Saatujen tulosten pohjalta voidaan edelleen kehittää moniammatillista yhteistyötä ja parantaa saadun tiedon avulla terveyskeskuksen palveluprosessia.

4.1 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tiedonhankintaa voidaan kuvata prosessina; siinä voidaan erottaa eri työvaiheita. Tiedonhankinnan prosessi tiedonhankinnan vaiheet kuvataan usein toisiaan seuraavina, vaikka todellisuudessa ne kulkevat usein rinnakkain. (Aalto-yliopisto, [www-sivut](#).) Tutkimustiedon löytäminen vaatii tiedonlähteiden tuntemusta, tietoteknisiä taitoja ja tietokannoista tehtäviä tiedonhakuja (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 107). Tiedonhakuprosessi voidaan tiivistää aiheen tai ongelman rajaukseen, tietolähteen tai hakupalvelun valintaan, hakusanojen valintaan, hakulauseen muotoiluun, tulosten arviointiin ja tulosten jatkokäsittelyyn (Karhula 2009).

Tiedonhankinnan suunnitelma rakentuu opinnäytetyössä moniammatillisuuden ja yhteistyön käsitteisiin (hakusanoja tiimityö, yhteistyökyky, vuorovaikutus, asiakaslähtöisyys, hoitosuunnitelma, perusterveydenhuolto, henkilöstöresursit). Englanninkielisiä hakusanoja esim. multivocationality, multidisciplinary care team, practice guidelines.

Tärkeimpänä tietolähteenä nettilähteet, joissa on huomioitu ajankohtaisuus sekä vertaisarvioinnit ko. tutkimuksista. Esimerkkinä mainittakoon Cinahl (Ebsco), Cochrane Library, Journals@Ovid, Pubmed, Pedro, Aleksi, Arto ja Elektra. Lait ja asetukset sekä perusterveydenhuollon kehitysmallit kuuluvat myös teoriapohjaan.

4.2 Focusryhmähaastattelu

Laadullista tutkimusta luonnehtivia piirteitä voidaan määritellä aineiston harkinnanvaraisesta, teoreettisesta tai tarkoituksenmukaisesta poiminnasta tai harkinnanvaraisesta näytteestä – tutkimus perustuu pieneen tapausmäärään. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston koolla ei ole merkitystä tutkimuksen onnistumiseen, kysymys on aina tapauksesta. (Eskola & Suoranta 2008, 61–62.)

Hirsjärven ja Hurmeen kirjassa Tutkimushaastattelu (2011, 34) lainataan Robsonin toteamusta: ”Kun tutkitaan ihmisiä, miksi ei käytettäisi hyväksi sitä etua, että tutkittavat itse voivat kertoa itseään koskevia asioita”. Haastattelun etuina voidaan pitää sitä, että tutkijan on vaikea tietää etukäteen vastausten suuntia ja että voidaan jo ennalta tietää, että haastattelun vastaukset ovat monitahoisia, moniin suuntiin viittaavia ja vastaukset voidaan sijoittaa laajempaan kontekstiin. Haittana taas voidaan mainita haastattelun sisältämät monet virhelähteet (voivat aiheutua niin haastattelijasta kuin haastateltavistakin) sekä haastattelun litterointi, joka vie aikaa. Samoin vapaamuotoisen haastatteluaineiston analysointi, tulkinta ja raportointi ovat usein ongelmallista, koska siihen ei ole tarjolla valmiita malleja. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 34–35.)

Focusryhmähaastattelu/täsmäryhmähaastattelu on ryhmähaastattelun yksi muoto. Focusryhmähaastattelun avulla on mahdollista pyrkiä ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä – vastataan kysymyksiin miksi, kuinka, mitä tai miten (Mäntyranta & Kaila 2008, 1507). Focusryhmähaastattelua laadullisen tutkimuksen työkaluna voidaan käyttää kun etsitään uusia näkökulmia jo tunnettuihin ilmiöihin (mts. 1507). Se on sopiva aineistonkeruumenetelmä silloin, kun halutaan tietoa työelämää kehittävästä laadullisesta tutkimuksesta varten; sitä käytetään kun halutaan selvittää osallistujien mielipiteitä, näkemyksiä, kokemuksia, kulttuuria ja uusia näkökulmia keskustelun kohteena olevasta aiheesta (Katisko ym. 2014, 23).

Ryhmädynamiikan tuntemus ja sen hyödyntäminen haastattelun aikana on fokusryhmähaastattelussa avainosassa, samoin havainto, että enemmistö ihmisistä keskustelee asioista mieluummin ryhmässä kuin yksin. Ryhmäkeskustelu on yksittäishaastattelua spontaanimpaa. Tyypillisesti haastateltavien ryhmän muodostaa viidestä kymmeneen henkilöä. Ryhmän koko on tärkeä – suuressa ryhmässä ryhmä voi hajota eikä kaikkien mielipiteitä kuulla – pienessä ryhmässä ei saada vastaavasti syntymään kylliksi hajontaa. Ryhmän jäsenten valinnassa tulee olla jokin tutkimuksen kannalta oleellinen yhdistävä seikka; tutkijan on olennaista osallistujien valinnassa miettiä, ketkä antavat juuri sen tiedon mitä tutkimustehtävän ratkaisemiseksi tarvitaan. (Ellonen & Cavén 2003, 63–64.)

4.3 Opinnäytetyön haastatteluosuuden toteutus

Tutkimuslupa opinnäytetyöhön on hankittu tutkimuksen toimeksiantajan toimintatavan mukaisesti. Tutkimuksen ryhmähaastatteluosuuteen toimeksiantaja on pyytänyt osallistujia sähköpostitse Huhtasuon terveystieteiden tutkimuskeskuksessa työskentelevistä sairaanhoitajista ja erityistyöntekijöistä. Henkilöitä pyydettiin osallistumaan tutkimukseen ammatillisella perusteella niin, että mahdollisimman useasta terveystieteiden tutkimuskeskuksessa toimivasta moniammatillisista ryhmistä olisi mukana yksi ammattiryhmän edustaja. Tutkimukseen osallistuminen oli osallistujille vapaaehtoista, ja tutkimukseen osallistujille on lähetetty sähköpostitse

tiedote ryhmähaastattelun kulusta toimeksiantajan kautta (osallistujien anonymiteetti) sekä keskustelun teemoista noin viikkoa ennen haastattelutapahtumaa. Osallistujia haastatteluun oli määrä tulla 7, yksi haastateltava oli sairastunut joten osallistujia haastattelussa oli yhteensä 6. Haastattelutilaisuuteen varattu aika oli 1,5 tuntia. Haastatteluun osallistuvien anonymiteetti on suojattu; haastattelunauhoite on hävitetty, myös litterointiteksti hävitetään opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

Opinnäytetyön haastattelussa käytävän keskustelun aihe-alueet olivat:

- Moniammatillista hoitoa tarvitsevien asiakkaiden tunnistaminen
- Asiakkaiden ohjaus moniammatillisen tiimin hoitoon
- Moniammatillisen tiimin hoidon järjestäminen asiakkaan hoitopolussa, mahdollisimman varhaisessa hoitopolun vaiheessa

4.4 Aineiston analysointi

Haastattelun litterointivaiheessa on samalla kyse jo lukemis- ja analyysivaiheen alkamisesta (Hirsjärvi & Hurme 2011, 142). Laadullisen aineiston käsitteily sisältää monia vaiheita: analyysissa edetään aineistokokonaisuudesta osiin, aineiston luokitteluun ja luokkien yhdistelyyn – ja etenevän synteessin kautta siirrytään takaisin kokonaisuuteen, tulkintaan ja ilmiön teoreettiseen hahmottamiseen (mts. 143–144). Focusryhmähaastattelun tulokset esitetään luokiteltuina teema-alueina, ja tulososa sisältää sekä tekstiä että suoria lainauksia henkilöiden mielipiteistä tai käsityksistä (Mäntyranta & Kaila 2008, 1510–1511).

Empiirisen tutkimuksen yhteydessä analyysillä tarkoitetaan aineiston lukemista huolellisesti, jäsentämistä ja pohtimista – mitä aineisto sisältää, mistä siitä puhutaan ja millä tavoin, missä määrin. Analyysissä tekstimateriaali järjestellään, eritellään sen sisältö ja rakenne. Tutkija lisää näin tehdessä aineiston informaatioarvoa, hän tiivistää aineistoa, tulkitsee sitä ja käy vuoropuhelua teorian, empirian ja oman ajattelunsa kanssa. Aineistosta voi nousta erilaisia asioita vain tutkijan ajattelun avulla, tutkimusongelmaan on etsittävä näkökul-

mia jotka liittyvät tutkimustehtävään. Tutkimustulokset eivät ole absoluuttisia totuuksia ja asiantilojen julistuksia, vaan ne tulee aina suhteuttaa tutkimusprosessiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Huhtasuon terveystieteiden keskuksessa käytävä Focus haastattelu nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin. Haastattelun litteroinnin jälkeen käytettiin analyysimenetelmänä teemoittelua, Mind-map ryhmittelyä, jolloin keskustelussa esiintyneet asiat ryhmiteltiin tutkimuskysymyksiin alle. Näin löytyi kuhunkin tutkimuskysymykseen alakohdat, joihin lisättiin vielä alakohtiin esille tulevat asiat. Tämän jälkeen keskustelussa esille tulleet tutkimuskysymykset kirjoitettiin ”auki”, lisäten tekstiin haastattelijan havainnot keskustelun kulusta. Ilmapiiri haastattelussa oli vapaa, ja kaikki osallistuivat keskusteluun. Haastattelija huolehti siitä, ettei kukaan jäänyt keskustelusta sivuun. Samoin haastattelija ohjasi keskustelua aihepiireittäin; näin jokaisesta tutkimuskysymyksestä saatiin keskustelua (esim. ”mitäs sitten kun varaatte vaikka ajan toisillenne niin kuis se sitten etenee?”). Myös eriäviä mielipiteitä kuultiin haastattelun edetessä, joka haastattelijan mielestä kuvasti sekä luottamuksellista haastattelutilannetta että haastattelujoukon ”tuttuutta” (pieni työyhteisö).

5 Focusryhmähaastattelun tuloksia

Tulokset on käsitelty tutkimuskysymyksittäin ja teemoittain. Focusryhmähaastattelussa haettiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- kuinka terveystieteiden keskuksen avovastaanotolla moniammatillista hoitoa tarvitseva potilas tunnistetaan
- kuinka potilas ohjataan moniammatillisen tiimin hoitoon ja
- miten potilaan hoito järjestetään moniammatillisessa tiimissä.

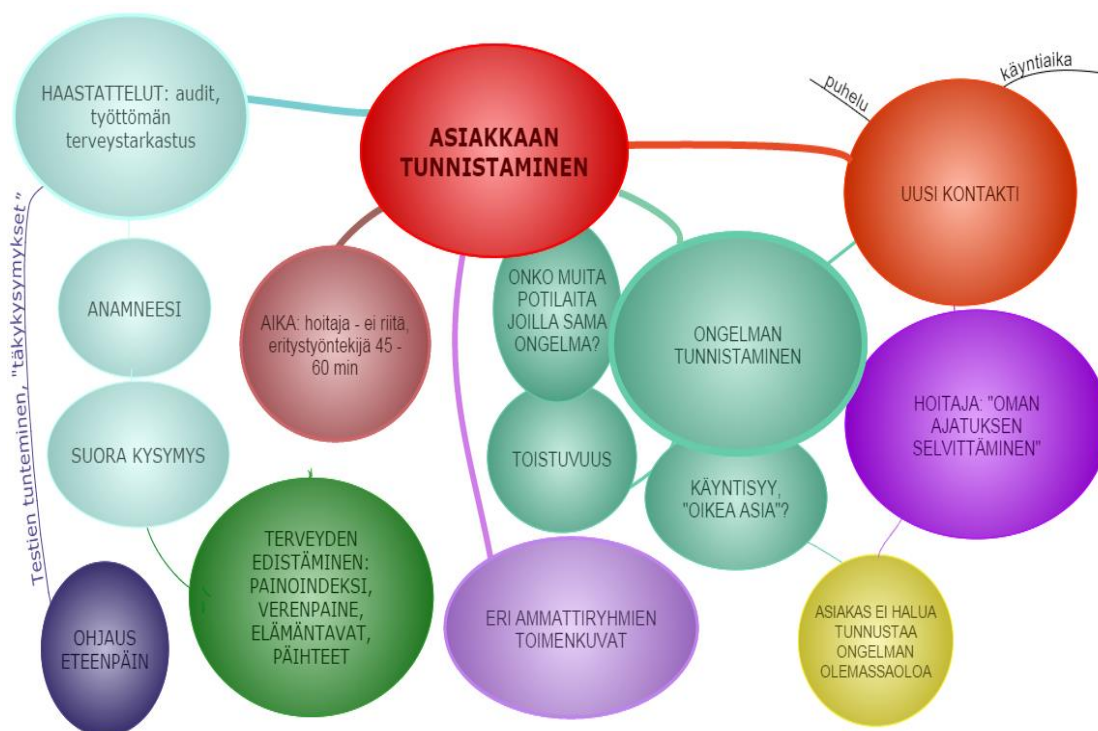
Haastattelun litteroinnin jälkeen keskustelu ryhmiteltiin tutkimuskysymysten mukaan, jonka jälkeen muodostettiin mind map (kuviot 4 - 6). Mind mapista teemoiteltiin esiin nousevia tuloksia (taulukot 1 -3), jotka ovat ryhmitelty suurempiin kokonaisuuksiin opinnäytetyöhön liitetyn kuvion 2 (Kontiola 2010) mukaisesti.

Opinnäytetyön keskeiset tulokset osoittivat, että moniammatilliseen hoitoon kuuluva asiakas tunnistetaan pääosin erilaisten haastattelulomakkeiden (esim. audit, työttömän terveystarkastuslomake) sekä sairaanhoitajan tekemän anamneesin avulla. Asiakas ohjataan moniammatillisen tiimin hoitoon lähinnä sisäisen konsultaation avulla (effica-viestit) ja uuden asiakasajan järjestämisellä. Focus ryhmäkeskusteluun osallistuvat ammattihenkilöt näkivät moniammatillisen hoidon kehittämisen mahdollisuuksia eniten siinä, että terveysaseman/organisaation resurssit mahdollistaisivat kiireettömät potilasajat. Focus ryhmäkeskustelun tulosten mukaan sekä koko organisaation, toimipisteen että henkilökunnan sisällä kaivattaisiin asennemuutosta – pyrkimystä siihen että akuuttihoiton rinnalla olisi yhtä tärkeänä osana kiireettömät potilasajat ja sairauksien ennaltaehkäisy.

5.1 Moniammatillista hoitoa tarvitsevan asiakkaan tunnistaminen

Tutkimuksen keskustelun ensimmäinen aihepiiri koski moniammatillista hoitoa tarvitsevien asiakkaiden tunnistamista. Yksi keskustelijoista saapui paikalle myöhässä, koska vastaanotolle oli tullut pidempää hoitoaika tarvitseva akuuttipotilas. Tätä keskustelun osa-aluetta sivuttiin myös keskustelun aloitus- ja esittelyvaiheessa, jolloin jokainen haastatteluun osallistuva kertoi potilasca-sesta, joka itselle tuli mieleen puhuttaessa moniammatillisesta yhteistyöstä.

..mutta ei oo tavatonta ollenkaan että jos vastaanotolle tulee ihminen jonka asiat saattaa olla vuosien ajalta rempallaan että kun hän lähtee niin hänelle on järjestetty aika depressiohoitajalle tai psykologille; lisäksi sosiaalityöntekijälle, päihdehoitajalle, fysioterapeutille, lääkärille – hyvinkin voi olla kaikki niinkun periaatteessa ja sen eka käynnin jälkeen plus sitten ehkä jatkokäyntiä sairaanhoitajalle että ne ongelmat on niin laajoja.



Kuvio 3. Moniammatillisen asiakkaan tunnistaminen

Moniammatillista hoitoa tarvitsevien asiakkaiden tunnistamisessa tuli esille viisi keskeistä ohjaukseen vaikuttavaa seikkaa, jotka on esitelty taulukossa 1. Moniammatillista hoitoa tarvitsevat asiakkaat tunnistettiin pääosin anamneesin teolla sekä käyttämällä erilaisia valmiita kyselylomakkeita (esim. audit, työttömän terveystarkastus). Lomakkeet olivat tunnistamisessa tärkeitä varsinkin erityistyöntekijöillä, sairaanhoitajat perustivat tunnistuksen anamneesin tekoon. Keskustelussa tuli ilmi, että vastaanottoa pitävän ammattilaisen olisi hyvä ”osata” eri lomakkeista muutamia ”täkyksymyksiä”, joita voi tarvittaessa asiakkaalle esittää – ja siten löytää mahdollisesti piilossa olevia asiakkaan hoitotarpeita. Kliinisten toimenpiteiden tärkeys myös tunnistettiin (verenpaineenmittaus, paino-indeksi, elämäntavat, päihteet) – näistä mahdollistui terveyden edistäminen.

Moniammatillisen asiakkaan tunnistamiseksi yksi tärkein useasti keskustelussa esiintyvä asia oli terveysasemalla työskentelevien eri ammattiryhmien toi-

menkuvien tunteminen: keskustelijoiden mielestä tähän suurin vaikuttava tekijä oli uuden työntekijän perehdyttäminen työpaikalle. Koska vaihtuvuus työntekijöiden joukossa (esim. lääkärit) on suuri, koettiin tärkeäksi myös kollegan tunteminen, edes tervehtiminen tai pieni keskustelu. Yhteistyön tekemisessä nousi tärkeäksi myös yhteisten toimintatapojen noudattaminen ja uusien työntekijöiden kanssa pikaisesti aloitettu yhteistyön tekeminen. Samoin tietoisuus eri ammattiryhmien toimenkuvasta ylläpiti keskustelua: jollei tiedä mitä esim. sosiaalihoitajan toimenkuvaan kuuluu, ei osaa hänelle asiakasta ohjata, tai ei esim. ymmärrä miksi sosiaalihoitaja on asiakkaan mukana vastaanottokäynnillä.

Vastaanottoon käytettävä aika oli merkityksellinen; sairaanhoitajien vastaanottoaika ei tunnu riittävältä, etenkin jos keskusteltavia aiheita löytyy useita. Eri-tyistyöntekijät taas kokivat vastaanottoaikansa hyväksi (45 – 60 min/potilas). Toisten terveystasemalla työskentelevien ammattilaisten toimenkuvan tunteminen koettiin hyvin tärkeäksi: kun toimenkuvat ovat tutut, asiakkaan ohjaus onnistuu sujuvasti. Asiakkaan ongelman tunnistaminen yhteneväiseksi toisten asiakkaiden samantyyppisiin ongelmiin auttoi moniammatillisista apua tarvitsevan asiakkaan tunnistamiseen, harvinaisen ongelman selvittäminen vaatii selkeästi enemmän työaika. Myös vastaanottotilanteen ajautuminen syystä tai toisesta siihen, että uusi kontakti olisi tilanteessa tarpeellinen, johti asiakkaan ongelmanratkaisun etenemiseen.

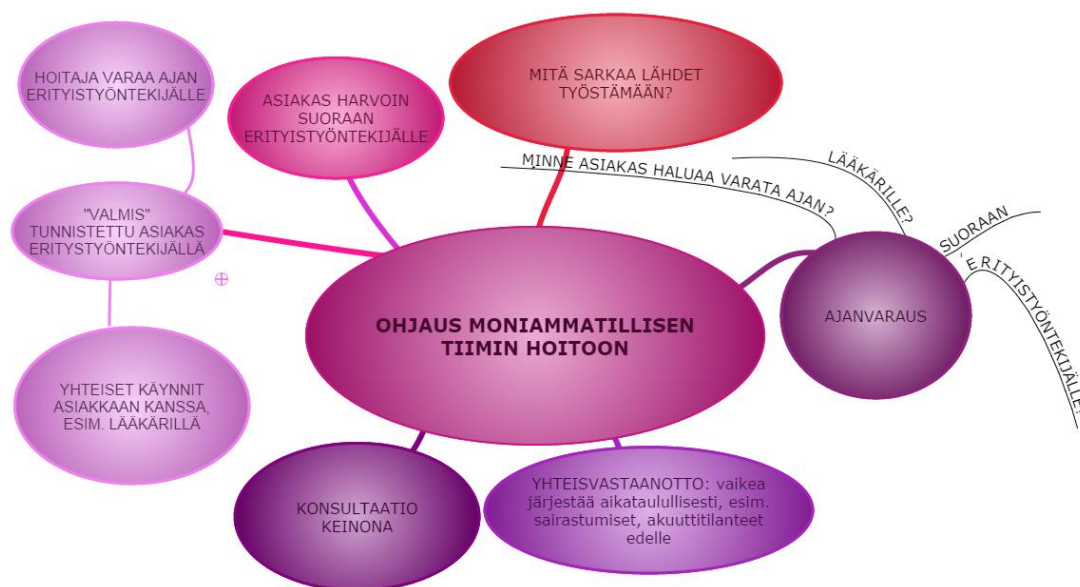
Asiakas itse saattaa myös olla esteenä hoitoon ohjautumiselle; jos hän ei halua tiedostaa ongelmaansa, tai syystä tai toisesta ei halua hoitoa jotta hänen tilanteensa saataisiin ratkaistua. Usein näissä tilanteissa pieni ”tuumaustauko”, ”lisä-ajan ottaminen” koettiin tarpeelliseksi. Asiaan herättelyn tai ongelman tunnistamisen jälkeen tilanne useasti johti uuteen kontaktiin joko hoitajan tai asiakkaan itsensä puolesta, puhelimitse tai uudella vastaanottokäynnillä.

Taulukko 1. Moniammatillisen asiakkaan tunnistamiskeinot

Terveysasemalla työskentelevien asiantuntijoiden toimenkuvien tietäminen	Perehdyttäminen	Kollegoihin tutustuminen	Organisaation kulttuuri -arvot, normit, toimintatavat
Haastattelu	esim. Audit, työttömän terveyslomake	Anamneesin tekeminen	Viestintä
Mittaaminen/arviointi	Vastaanottoajan pituus	Kliinisten toimintojen mittaus	Organisaation kulttuuri, toimintatavat
Aiempien kokemusten hyödyntäminen	Ongelman tunnistaminen/ongelman yleisyys muiden potilaiden joukossa	Käyntien toistuvuus	Ammatillinen tausta, näkökulma Viestintä
"Lisä-ajan ottaminen"	Asiakas ei halua tunnistaa ongelman olemassaoloa	Hoitaja selvittelee parhaita asian hoitokeinoja	Kriittinen kohta, Tilanne, Ammatillinen tausta, Ammatillinen persoonallisuus ja kulttuuri

5.2 Asiakkaan ohjaus moniammatillisen tiimin hoitoon

Kuinka asiakkaiden ohjaus moniammatillisen tiimin hoitoon tapahtuu terveyskeskuksen päivittäisessä työssä tällä hetkellä? Ohjaus eri ammattiryhmille tapahtuu yleensä aina ajanvarauksen kautta (kuvio 4). Ohjausta on yleensä edeltänyt sisäisessä viestinnässä tapahtunut ammattilaisten kommunikointi asiakkaan tilanteesta.



Kuvio 4. Asiakkaan ohjaus moniammatillisen tiimin hoitoon

Moniammatillisen asiakkaan ollessa kyseessä hoitaja ottaa yhteyden toiseen työntekijään asiakkaan puolesta tai varaa asiakkaalle ajan erityistyöntekijälle – myös suoraan ajanvarauksesta ohjataan asiakas joko lääkäriin tai erityistyöntekijälle; asiakkaalla itsellään saattaa olla vahva toive siitä, kenen palvelua hän tarvitsee. Haastetta tilanteeseen tuo moniongelmaisissa tapauksissa päätöksen tekeminen siitä, mitä potilaan asiaa lähdetään ensin hoitamaan. Erityistyöntekijälle ohjautuu kuitenkin yleensä asiakas, joka valmiiksi tunnistettu joko sairaanhoitajan vastaanotolla tai ajanvarauksessa juuri tätä palvelua tarvitseväksi – harvemmin asiakas päätyi suoraan erityistyöntekijän vastaanotolle. Erityistyöntekijä saattaa esim. käydä asiakkaan kanssa lääkärillä, jolloin moniammatillisuus toteutuu suoraan vastaanottokäynnillä.

Kun asiakkaan tarve toisen ammattilaisen palveluihin on todettu, niin yhteydenpito ammattilaisten kesken toteutuu yleensä viesteillä. Akuuttitilanteissa potilasta ”vaihdetaan saattaen” toisen työntekijän ovelle tilanteen niin sallies-sa, tai kysytään toisen ammattilaisen mielipidettä ”oven raosta”.

Taulukko 2. Ohjaus moniammatillisen tiimin hoitoon

Ajanvaraus suoraan neuvonnasta	Erityistyöntekijälle/lääkärille suoraan vastaanotosta Erityistyöntekijälle/lääkärille sairaanhoitajan vastaanotokäynnin kautta Asiakas varaa itse ajan haluamalleen erityistyöntekijälle/lääkärille	Viestintä Menetelmät Yhteistyön tavoitteet
Konsultointi	Efficia-viestit Suljetut kahvipöytäkeskustelut Akuuttitilanteissa potilas ”saatetaan toisen ovelle, Kollegan mielipiteen kysyminen	Viestintä Yhteistyön tavoitteet Tilanne Kriittiset kohdat Ammatillinen persoonallisuus ja kulttuuri
Hoitaja varaa ajan erityistyöntekijälle	Valmiiksi tunnistettu asiakas erityistyöntekijällä Mitä ongelmaa ensin hoidetaan	Ammatillinen tausta Ammatillinen persoonallisuus ja kulttuuri Organisaation kulttuuri

Pieni työyhteisö, sekä eri ammattiryhmien toimiminen samassa rakennuksessa koettiin eduksi. Tällöin kommunikointi myös potilastapauksista helposti onnistuu esim. kahvihuoneessa. Työyhteisössä on ollut pyrkimys sovittuihin käytänteisiin moniammatillisia yhteistapaamisia kohti, mutta niitä ei yhteisesti sovittuna tällä hetkellä ole. Yhteistapaamisien järjestämisessä suurimmaksi haasteeksi koettiin yhteisen, etukäteen sovitun tapaamisajan järjestäminen eri ammattiryhmien kesken. Akuuttipotilaiden suuri määrä aiheuttaa etenkin sairaanhoitajien vastaanotolle tilanteen, jolloin ”ei-kiireellisiä” aikoja joudutaan perumaan/siirtämään edelleen. Kuitenkin satunnaisesti eri ammattiryhmien kokoontumisia (tilanteen vaatimalla hoitotyötä edistävällä kokoonpanolla) on

satunnaisesti järjestetty silloin kun asiakkaan tilanne on sitä erityisesti vaatinut. Suunnitelluista yhteisistä moniammatillisesta ajanvarauksista on puhuttu, mutta käytännössä asia ei ole lähtenyt toimimaan.

..sitä resurssia et mitä me oikeesti niinkun resurssoidaan et miks joku akuutti asia menee jonkun tärkeen asian edelle - sillä tavalla toisella tavalla tärkeen asian että vois arvostaa sitä että jos on sovittu esm joku konsultaatioaika, ni se on sitten konsultaatioaika ja se resurssoidaan sitten se muu akuuttihoito jollakin tavalla. Että mun mielestä se on niinkun esimiehen asiakin eikä niinkun pelkästään yksittäisen hoitajan vastuulla että kerkeenkö vai enkö kerkee. Jos palaveri on sovittu alkamaan klo 14 niin se alkaa klo 14.

Asennemuutoksen ihan tänne linjauksiin ei se oo vaan esimies se on täällä ihan linjattu yksinkertaisesti se ja sitten sekin on että meillä on sovittuja vastaanottoja ni meidän pitää perua ne.

Ja se että joku asia hoidetaan sillon kun sille on varattu se aika niin sillonhan se on ennaltaehkäisyä siihen että se asia ei tule päivystykselliseksi.

5.3 Moniammatillisen tiimin hoidon järjestäminen asiakkaan hoitopolussa

Viimeisin focus ryhmäkeskustelun aihepiireistä oli moniammatillisen hoidon järjestäminen asiakkaan hoitopolussa ja mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (kuvio 5 ja taulukko 2). Konsultaatio-ajan merkitys, oppiminen työyhteisössä, työhön annetut resurssit ja asennemuutos nousivat pääosaan tässä keskustelussa.



Kuvio 5. Moniammatillisen tiimin hoidon järjestäminen asiakkaan hoitopolussa

Asioiden hoitaminen tuttujen ihmisten kanssa koettiin eduksi, kommunikointi kollegojen kesken oli tällöin helppoa. Keskusteluissa ei nähty henkilökemiaa määrittävänä tekijänä työntekijöiden kommunikoinnissa, vaan enemmän merkitystä on aiemmalla kokemuksella yhteistyöstä. Tästä syystä esim. vakituisten lääkäreiden työkuormitus nousi vahvasti esiin. Useasti vaihtuva lääkärikanta koettiin hankalaksi, koska koettiin että ”uudet” lääkärit eivät välttämättä tunne esim. erityistyöntekijän toimenkuvaa – jos ei tunneta uuden lääkärin toimintatapaa, potilaan asian hoito koettiin hoitotyöntekijöiden kannalta hankalammaksi. Päinvastainen kokemus esim. hoitoon liittyvästä kysymyksestä saatiin sisäisten viestien kautta; kuormitetuilla lääkäreillä vastaus saattoi kestää pitkään, koska viesti hukkuu tehtävien töiden joukkoon – näin ollen vähemmän kuormitetulta lääkäriltä vastauksen tilanteeseen saattoi saada nopeammin.

Myös yhteistyön sujuvuus määrittyi aiemmalla yhteistyökokemuksella. Henkilökemialle ei koettu jäävän tilaa koska ammattiryhmien työnkuvat ovat selkeät ja yleensä käytettävissä on vain yksi ammattikuntansa edustaja – et voi valita kenen kanssa haluaisit työskennellä. Tutun työparin käyttäminen koettiin kuitenkin molemmin puolin aikaa säästäväksi. Hyvä alkuperehdytys taloon koettiin ratkaisuna yhteistyön kehittämiseen, oli sitten kyseessä vastaanotossa aloittava työntekijä tai uusi lääkäri. Hyvällä alkuperehdytyksellä ja ”toimintata-

pojen tutuksi tekemisellä” vähennettäisiin myös vakituisten työntekijöiden työkuormaa.

ehkä enemmänkin sillä että kenen kanssa on jo ennenkin tehty töitä että tavallaan niin että jos sää oot yhen kanssa yhen asiakkaan ottanu vastaan niin helposti sitten no sen kanssa meni niin hyvin no määpäs meen sinne se ei kerro niistä muista mitään muuta kun sen että niiden kanssa ei oo vielä tehnyt sitä asiakaskäyntiä että siinä mielessä varmaan sellainen työpaikalle perehdyttäminen pitäis olla että jokaisen kanssa yks asiakas samantein pitäis ottaa vastaan.

mikään ei oo ollu niin ihanaa kun sillon kun mulla on käyny tuossa asiakas ja me ollaan tajuttu että hei sää tarviit tän asian ja me ollaan kävelty tohon yläkertaan ja sieltä on löytynyt lääkäriaika puolen tunnin päähän. Sit me ollaan menty siihen lääkärille ja se lääkäri on tehnyt jonkun asian ja sit ollaan kävelty takasin alakertaan ja sit ollaan täytetty joku paperi. ja se oli siinä. se on niinku ihanaa.

Taulukko 3. Asiakkaan hoidon järjestäminen moniammatillisesti

Konsultaatioai- ka	Resurssit		Organisaation kulttuuri Kriittiset koh- dat
Asennemuutos	Hoitolinjaukset organisaatiossa/alueellisesti	Yhteisesti sovitut käytännöt omalla terveys- asemalla	Organisaation kulttuuri Yhteistyön tavoitteet Kriittiset koh- dat Ammatillinen persoonaa ja kulttuuri Ammatillinen tausta Menetelmät Viestintä
Työn kuormit- tavuus	Vakituinen/ostolääkäri	Akuuttitilanteiden suuri määrä	Kriittiset koh- dat
Oma oppi- minen	Kokemukset moniammatillisista asiakkaista	Tiedon jakaminen kollegojen kanssa	Ammatillinen tausta, Ammatillinen persoonalli- suus ja kult- tuuri Viestintä Tilanne

Ylipäättensä hoidon järjestämistä vaikeuttavana tekijänä koettiin olevan hoitoaikojen vähyys. Jos asiakas hakee aikaa esim. työttömän terveystarkastukseen, vapaita aikoja saattaa löytyä vasta kuukauden kuluttua – samoin erityistyöntekijöiden vapaat ajat saattavat olla usean viikon päässä.

Asiakas itse voi olla myös hoitoa hidastava tekijä – hoidon tarvetta aiheuttavaa ongelmaa ei ole tunnustettu, ja ohjaukseen oikeaa ongelmaa hoitavalle työntekijälle ei suostuta; kun taas jollekin muulle eri alan erityistyöntekijälle hoitoon pääsy koettaisiin hyväksi. Tästä kehkeytyi keskustelu resursseista; paapotaanko asiakkaita vai vastuutetaanko heitä kantamaan omaa osuuttansa hoitotapahtumasta, esimerkiksi koskien peruutusaikoja ja niiden maksuallisuutta.

ja onhan se vähän niinku vähä turhauttavaa työntekijöillekin kun näitä yhteispalavereita pidetään missä käydään näitä asioita lävite niin välttämättä mikään ei sitten muutu vaan että se sitten jatkuu vuodesta toiseen.

Ei-akuutille hoitotoimenpiteelle järjestettävästä ajanvarauksen mahdollisuudesta kertoo seuraava kommentti:

kyllähän se on ihan tiukka fakta et jos huomaat että siellä on 15 jonossa ja jonotusaika on 1,5 h ja sitten tuleekin vähän tämmönen mikä ei oo ihan reseptinuusinta niin siinä on sitten siinä on niin suuri psykologinen vaikutus siinä kun on sitä jonoo takana että miten sitten sen asianakin että malttaisi pysähtyä eikä ajattelisi sitä jonoa ei kattois sitä ollenkaan vaan kattois sitä ihmistä siellä.

Organisaation toimintatavat käytettävissä olevat resurssien kohdalta puhuttivat keskustelijoita koko Focus-keskustelun aikana. Hoitajien ajanvarauskirjalla varatut ”ei-kiireelliset” ajat saivat usein väistyä akuuttipotilaiden alta. Toisaalta tiedostettiin vahvasti, että jos pystyttäisiin puuttumaan asiakkaan ongelmalanteisiin varhaisessa vaiheessa ennaltaehkäisevästi, se estäisi potilasta tulemasta jatkuvaksi ”akuuttipotilaaksi”. Puhuttiin nk. ”päivystyspakosta”.

Sairaanhoitopiirin aluejaosta keskusteltiin; toiset alueet selkeästi kuormittavampia kuin toiset, kuitenkin sama työntekijä toimii esim. kahdella kuormittavalla alueella puoliksi. Taloustilanteen katsottiin vaikuttavan vahvasti, organisaation koettiin menevän asioissa ”raha edellä”, ei potilaiden tarpeen mukaisesti. Myös jatkuva muutos omassa toimenkuvassa koettiin haasteelliseksi.

6 Pohdinta

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena kuvata moniammatillisuuden toteutumista terveysaseman päivittäisessä toiminnassa. Laadullisen tutkimuksen Focus-haastattelun avulla opinnäytetyö sai ajankohtaisen tilannekuvauksen terveysasemalla toimivasta moniammatillisesta yhteistyöstä. Opinnäytetyöhön liitetyn Kontion (2010) kuvio 2:n mukaan isompiin kokonaisuuksiin lajitellut haastattelusta löydetty vastaukset osoittivat myös sen, että yhteen, vaikka pieneenkin moniammatillisuuden hyödyntämiseen kytkeytyvä toiminta on monen eri asian yhteissumma. Moniammatillinen yhteistyö ja vuorovaikutus ovat jokapäiväisen asiakkaan hoitokokonaisuuden mahdollistamista ja hyödyntämistä. Näiden tausta-asioiden toimiessa moniammatillisen yhteistyön toimiminen käsitteen varsinaisessa merkityksessä olisi terveysaseman päivittäisessä toiminnassa mahdollista.

Teoria-osuuden perusteella focushaastattelua litteroidessa hahmottui aika nopeasti käsitys siitä, että terveyskeskuksessa tällä hetkellä tapahtuva moniammatillinen hoitotyö on tällä hetkellä lähinnä rinnakkain työskentelyä – lähemmäksi teorioiden mukaista moniammatillista yhteistyötä päästään silloin, kun hoitotilanteen käsittelyssä moniammatillinen työryhmä on yhteisesti sovittu palaverissa.

Focus-keskustelussa mukana olleiden ammattihenkilöiden pääpiirteittäinen ajatus oli, että tällä hetkellä toimiva konsultointi on hyvä ja riittävä myös moniammatillista hoitoa tarvitsevien potilaiden kohdalla – tosin potilaan tilanne vaikuttaa hoitoon. Tähän mielipiteeseen voidaan ajateltavan vaikuttavan pienen työyhteisön ja tutut, pitkään virassa olleet erityistyöntekijät. Myös kollegan tarvittaessa hyväksy koettu saatavuus vaikuttanee myös tilanteeseen.

Tutkimuksen teoria-osuudessa esitelty kuvio 2 (moniammatillinen yhteistyö ja vuorovaikutus) kuvasi selkeästi asioita, jotka myös haastattelussa nousivat tutkimuskysymyksien pohdinta-aiheiksi. Keskustelijat ottivat kantaa organisaation kulttuuriin (toimintatavat), ammatilliseen persoonallisuuteen (arvot, normit) ja ammatilliseen taustaan (näkökulmat). Keskustelussa tuli esiin myös asia-

kaslähtöisyys (mitä, miten, milloin, ketkä, mitä varten?). Focus-keskustelussa ei tullut esille sairaanhoitajien oma motivaatiota moniammatillisuuden kehittämistä kohtaan. Koettiin, että työssä tällä hetkellä tapahtuva konsultaatiotapa, lähinnä kollegoiden kanssa käytävät keskustelut ja efficaviestit olivat riittäviä. Varsinaiset ideat työpäivien kulkuun koskivat lähinnä työajan resursointitoiveita. Erityistyöntekijöistä yksi oli sitä mieltä, että moniammatillisuutta olisi hyvä kehittää yhteisillä, säännöllisesti tapahtuvilla kokoontumisilla, jolle olisi järjestetty oma, vakaasti pysyvä ajanvaraus.

Oma oppiminen otettiin focus-keskustelun aikana esille silloin kun keskusteltiin moniammatillisen tiimin hoidon järjestämisestä asiakkaan hoitopolussa. Oppinen määriteltiin tällöin lähinnä työssä tulevan kokemuksen kautta.

Tutkimusmateriaalissa nousee esiin suurimpana moniammatillisuuden haasteena resurssien puute työhön, joka ei ole akuuttia työtä. Moniammatillisuuteen katsotaan kirjallisuudessa ja asiasta tehdyissä tutkimuksissa oleellisesti liittyvän organisaation luoma mahdollisuus moniammatillisen hoidon kehittämiseen. Millaisena moniammatillinen yhteistyö käsitteenä tunnetaan? Onko rinnakkain työskentely ottanut moniammatillisessa työskentelyssä niskalenkin aidosta vuorovaikutustilanteesta? Jos pyritään kohti asiakaslähtöisyyttä ja terveydenedistämistä, ongelmien tunnistamista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, onko organisaation puolesta mahdollistettu/järjestetty asiaan liittyvää henkilökunnan koulutusta niin, että tavoite on ymmärretty?

Hoitajavetoisena tämän jyvaskyläläisen terveystieteiden toiminta keskittyy akuuttipotilaiden vastaanottoon. Sairaanhoitajan vastaanotolla koettiin ristiriitaisena se, että akuuttipotilaat lähes aina ajoivat asiallaan edelle jostain muusta, toisella tavalla tärkeästä potilaan asiasta, kuten esim. sairauden ennaltaehkäisystä ja sairauden hoitamisesta mahdollisimman varhaisessa vaiheessa - yksinkertaisesti siitä syystä, ettei ajanvarauskirjaan saada mahtumaan kii-reettämiä aikoja vasta kun useiden viikkojen päähän. Samoin sairaanhoitajan käytettävissä oleva aika yksittäiselle vastaanotolle tulevalle potilaalle on huomattavasti lyhempi kuin erityistyöntekijän hoitoaika. Erona näillä kahdella ammattilaisella on kuitenkin hoidettavien asioiden huomioimisen laajuus – erityistyöntekijä on oman alansa asiantuntija ja hoitaa potilaansa oman erikoisalan-

sa näkökulmasta, vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan pitää hallita perusteita monelta eri osa-alueelta, jotta hän osaisi puuttua juuri kyseisen potilaan ongelma-kohtaan (ellei kyseessä ole selkeä somaattinen ongelma).

Kuitenkin esim. työttömän terveystarkastukseen varataan vastaanottoaika enemmän, mutta tarkastus on kaikinensa niin laaja, että haastateltujen hoitajien mukaan useampien esiin nousevien hoitoa tarvitsevien asioiden läpikäymiseen tarvitaan uusi vastaanottoaika. Avovastaanotolla sairaanhoitaja on usein se ensimmäinen potilaan kohtaava terveydenhuollon ammattilainen, ja tämän tapaamisen merkitys on suuri potilaan jatkohoitoa ajatellen.

Tämän tutkimuksen mukaan kaivataan koko organisaation arvojen uudelleen suuntaamista. Akuutit potilaat ovat tärkeitä, mutta jos muutosta kohti sekä asiakaslähtöistä, moniammatillista työtä että ennalta-ehkäisevää hoitotyötä halutaan, sille täytyisi resursoida käytettävää työaika. Tutkimukseen osallistuneet keskustelijat nostivat esiin asennemuutoksen koko terveydenhuollossa – ennalta-ehkäisevä työ terveydenhuollossa pitäisi arvostaa yhtä korkealle kuin akuuttihoitotyö.

Opinnäytetyön tekijänä herää myös kysymys siitä, kuinka autonomista esim. sairaanhoitajan päivän suunnittelu on? Onko koko päivä ”määritelty” työnantajan puolesta akuuttien potilaiden hoitoon? Jos yhteisesti organisaation/terveysaseman sisällä sovitaan sääntöjä ja käytäntöjä moniammatillisen työn toteuttamiseen, onko mahdotonta varata ”ei-kiireellistä” aikaa ja myöskin pitää kiinni suunnitellusta ajasta? Vai onko asiassa kuitenkin jossain määrin kyse myös totutusta toimintatavasta, ja uuden asian aiheuttamasta alkuhankaluudesta/muutoksen haitasta?

Ideoita asioiden kehittämiseen ja muuttamiseen henkilöstöltä löytyy. Pohdittavaksi kuitenkin jää, kuinka paljon vastaanottotoiminnan kiire ja jatkuvat jonot, sekä riittämättömyyden tunne kiireen vuoksi hoitoon vaikuttamisessa vaikuttaa työntekijöiden innostukseen muuttaa ja kehittää vanhoja työtapoja. Mielenkiintoinen ajatus on myös että moniammatilliset potilaat ”keskitetään” uuden ammattiryhmän, asiakasvastaavien hoitoon – kuinka heidät tunnistetaan, missä vaiheessa ja kenen toimesta?

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten riippumattomuutta satunnaisista ja epäoleellisista tekijöistä. Hyvään ja luotettavaan tutkimuskäytäntöön kuuluu että tutkimuksessa esitetään perusteet joiden mukaisesti tutkimusta voidaan pitää luotettavana. (Puusa (toim.) 2011, 153). Tutkimuksessa on tärkeää että pystytään saamaan tietoa siitä asiasta josta on ollut tarkoituskin; tällöin puhutaan validista tutkimuksesta. Se voidaan jakaa sisäiseen (teoreettinen l. käsitevaliditeetti) tai ulkoiseen (viittaa yleistettävyyteen - silloin mittaukselliset tulokset ovat yhtenäisiä jonkin ulkopuolisen kriteerin kanssa) validiteettiin. (Krause & Kiikkala 1996, 69). Realiabiliteetti voidaan määritellä sanoilla ”luotettavuus”, ”käyttövarmuus” ja ”toimintavarmuus” (KvantiMOTV, www-sivut).

Eettisyyden näkökulmasta katsottuna tutkimusprosessin aikana tehtävät pienetkin ja sivuseikoilta vaikuttavat ratkaisut ovat merkittäviä. Omien, eettisten ratkaisujen etsimisessä auttaa alan kirjallisuuteen tutustuminen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkimuseettisesti tärkeä periaate on yksityisyyden periaate: tutkimusaineiston keruun ja tulosten julkaisemisen suojaus. Tämä suojaus jaetaan kolmeen osaan: tutkimusaineiston suojaaminen ja luotettavuus, tutkimusaineiston säilyttäminen ja hävittäminen sekä tutkimusjulkaisut. Tutkittaessa organisaatiota ratkaistaan tutkimuskohteen sekä sitä edustavien yksittäisten tutkittavien tunnistettavuus tapauskohtaisesti – tutkimusjulkaisussa pitää pyrkiä kunnioittamaan kirjoitustapaa, ja tutkimuskohdetta koskevat kriittiset tulokset pitää selittää analyttisesti, leimaavaa asenteellisuutta tulee välttää. (Yksityisyys ja tietosuojat, n.d.)

Opinnäytetyöhön on hankittu tutkimuslupa toimeksiantajan toimintatavan mukaisesti. Opinnäytetyön tekijä on kysynyt toimeksiantajalta, saako terveysaseman nimi (organisaation tunnistettavuus) näkyä julkisesti opinnäytetyössä. Toimeksiantaja pyysi terveysasemalla työskentelevistä sairaanhoitajista ja erityistyöntekijöistä 5-7 henkilöä mukaan focus ryhmähaastatteluun – haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastatteluun osallistujien anonymiteetti on suojattu, litteroinnin osuudessa henkilöt on numeroitu. Litteroitu aineisto hävitetään opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

Opinnäytetyön luotettavuutta saattaa heikentää opinnäytetyön tekijän aiemmin tapahtunut harjoittelusuhde terveysasemaan, sekä opinnäytetyön tekijän kokemattomuus tutkimuksen tekemisessä. Myös se, että opinnäytetyö on tehty yksilötyönä, saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta – tulosten analysointi on tällöin suoritettu vain yhden henkilön toimesta. Luotettavuutta opinnäytetyössä lisää se, että teoriaosuuden taustaa oli tutkittu sekä jo valmiiksi alustavasti kirjoitettu ennen focus-haastattelun järjestämistä. Opinnäytetyön tekijällä oli tällöin teoreettista taustaa ja näkemystä moniammatillisen yhteistyön laajasta käsitteestä. Näin myös keskustelun aiheet tarkentuivat sekä toimeksiantajan toiveiden että opinnäytetyön teorian pohjalta.

6.2 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusaiheita löytyy useita: esimerkiksi moniammatillisuuteen liittyvä asiakasnäkökulma sekä asiakkaan kokemukset moniammatillisen hoidon toteutumisesta. Olisiko mahdollista kehittää haastattelulomaketta, jonka kaikki vastaanotolle tulevat täyttäisivät (vrt. esim. käytössä oleva päihteiden käyttölomake) – jossa moniammatillisen hoidon tarve nousisi esiin? Tai esitietolomaketta, jossa mahdollisimman laajasti kartoitettaisiin asiakkaan hoitotarve myös moniammatillisuuden näkökulmasta? Samoin moniammatillisen työn organisointia ja sen aiheuttamia kustannuksia voisi tutkia esimiesten ja organisaation näkökulmasta - myös alueellisia tutkimuksia ja vertailua moniammatillisuuden toiminnan toteutumisesta eri osissa Suomea olisi mielenkiintoista tutkia.

Oman tulevan työnkuvan ja ammatissa oppimisen kannalta kiinnostava tutkimus olisi, kuinka sairaanhoitajat itse kehittäisivät omaa toimenkuvaansa niin, että oman työn tekemisen tyydytys ja työn hallinta olisivat entistä paremmalla tasolla – eettinen näkökulma vahvasti huomioiden.

LÄHTEET

Aalto-yliopisto. Tiedonhankinnan opas, tiedonhankinta. Kirjasto. www-sivut. Viitattu 18.9.2014. <http://web.lib.aalto.fi/fi/ecourse/?ecid=1&pid=3>

Collin, K., Valleala, U-M., Herranen, S., Paloniemi, S., Pyhälä-Liljeström, P. (2012). Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 49, 31 – 43. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy.

Ellonen, H-K & Cavén, O. 2003. Focus group – ryhmähaastattelu. Teoksessa Ellonen, H-K., Cavén, O., Heikkinen, K & Kosonen, M. E-demokratian ja elämysten arkea. Lappeenranta: Telecom Business Research Centerin julkaisu- ja, Working papers 18. Viitattu 13.12.2014
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/31033/TMP.objres.338.pdf?sequence=1>

Eskonen, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8.painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heikkilä, A., Jokinen, P., Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallina: Raamatutrükikoda.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18. Sosiaalipsykologia. Helsinki: Sosiaalitieteiden laitos. Viitattu 7.1.2015.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1

Katisko, M., Kolkka, M. Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Moniammatillinen ja monialainen osaaminen sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja liikunta-alojen koulutuksessa. Malli työssäoppimisen ja ammattitaitoa edistävän harjoittelun toteutusta varten. Opetushallitus. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.

Karhula, P.2009. Internet-tiedonhaku. Eduskunnan kirjasto. Viitattu 18.9.2014. <http://lib.eduskunta.fi/dman/Document.phx?documentId=wk11909111419165>

Kontio, M. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. Tukeva-hanke, Oulun seutu. Oulu: Mainostoimisto Siberia Oy.

Krause, K., Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kunnat.net. www-sivut. Tietopankki. THL 2012. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM).

<http://www.kunnat.net/fi/tietopankki/tapahtumat/aineisto/2012/tk-johdon-neuvottelupaivat/Documents/2012-02-10-17-Sessio3.pdf>

KvantiMOTV. n.d. 2008. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Mittaaminen: mittarin luotettavuus. www-sivut. Viitattu 22.2.2015.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html#reliabiliteetti>

Launis, K. Moniammatillisuus ja rajojen yritykset asiantuntijatyössä 1997. Teoksessa Korhonen, J., Remes, P. & Eteläpelto, A. (toim.) 1997. Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

L 30.12.2010/1326. Finlex. Terveystieteidenhuoltolaki. Viitattu 12.12.2014

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Lehtonen, J. 2011. Moniammatillisuus psykiatriassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 14.12.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>. Nelliportaali.

McCallam, J. & Higgins, L. 2014. Multidisciplinary meetings as an effective clinical intervention. Academic Journal. 2014, 26 (5): 16–20. Viitattu 28.1.2015. <http://www.jamk.fi/kirjasto>. Nelli-portaali, EBSCO.

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2008. Asiakasvastaava toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveysministeriö (pdf. 520 kb). Viitattu 26.1.2015. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1559157>

Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 124:1507-13. Viitattu 6.1.2015.

<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97349.pdf>

Ndoro, S. 2014. Effective multidisciplinary working: the key to high-quality care. British Journal of Nursing. 2014, 23 (13):724-7. Viitattu 14.12.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>. Nelli-portaali. EBSCO.

Niiranen, V. 2014. Moniammatillisen yhteistyön johtaminen. Toimiva ja tulokellinen lastensuojelu – valtakunnalliset lastensuojelupäivät. Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Viitattu 27.1.2015. http://www.lskl.fi/files/2644/LSKL_Niiranen_Moniammatillisen_tyoyhteison_johdaminen_1.10.2014.pdf

Niiranen, V., Joensuu, M., Lammintakanen, J. & Kerkkänen, M.(toim.) 2014. Johtajana muutoksessa. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Acta 253. Helsinki. Viitattu 26.1.2015.

<http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&ved=0C DQQFjADOAo&url=http%3A%2F%2Fshop.kunnat.net%2Fdownload.php%3Ffilename%3Duploads%2Facta253ebook.pdf&ei=YurFVJ7CCsTNygP51oKYCw&usg=AFQjCNGWfBOauviMs6KfW-FNp7tgbZBP2A>

Nikander, P. 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Academia Edu. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 40, 279 - 290. Viitattu 12.12.2014.

<http://people.uta.fi/~pirjo.nikander/Nikander.pdf>

Pennanen, P. 2008. Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollon säädösten näkökulmasta. Teoksessa Isoherranen ym. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Puusa, A., Juuti, P. (toim.)2011. Menetelmäviidakon raivaajat - perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – menetelmäopetuksen tietovaranta, verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietarkisto. Viitattu 5.2.2015.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/viittausohje.html>

Sote-uudistus. 2014. n.d. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Kehittämishjelmat- ja hankkeet. Palvelurakenne-uudistus. Viitattu 27.1.2015.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamishjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus

Terveyshyötymalli. n.d. Väli-Suomen Kaste-hanke 2012–2014. Potku 2. www-sivut. Viitattu 27.11.2014.

<http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit-ii/viewdownload/84-loppuraportti-vali-suomen-potku2/638-vali-suomen-potku2-toiminnan-yhteenvedo>

Torppa, M. 2006. Perusterveydenhuollon täydennyskoulutuksen kehittäminen Espoossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 122(5):571-7.

<http://www.jamk.fi/kirjasto>. Nelli-portaali. Viitattu 28.1.2015.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/terveysportti/dlehti2.hakukehukset>

Oksman, E., Sisso, M. & Kuronen, R. 2014. Terveyshyötymalli pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisen viitekehystenä. Väli-Suomen Potku 2- hanke loppuraportti. www-sivut. Viitattu 27.11.2014.

<http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit-ii>

Vesterinen, M-L., 2011. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden visio, muutokset ja haasteet. Raportissa Sote-ennakointi – sosiaali-ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Vesterinen, M-L. (toim.). Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymän julkaisuja. Sarja A: Raportteja ja tutkimuksia 3. Iisalmi: Painotalo Seiska Oy.

http://www.oph.fi/download/133556_SOTE-ENNAKOINTI_loppuraportti.pdf

Vilkkumaa, I. 2010. Moniammatillinen ote ja kuntoutuksen varhentaminen. Kuntoutusportti, www-sivut. Viitattu 6.2.2015.

http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/tatakin_voisi_tutkia?bid=214

Yksityisyys ja tietosuojat. n.d. Tampereen yliopisto. Tutkimus, tutkimusetiikka: eettiset periaatteet. www-sivut. Viitattu 21.2.2015.

<http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet/yksit.html>